Über
mediastinale Dermoidcysten.

Inaugural-Dissertation

zur

Erlangung der Doktorwürde

der

Medizinischen Fakultät der Universität Rostock

vorgelegt

von

Wilhelm Zeh

aus **Hanau.**

AGAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

Rostock.

Rats- und Universitäts-Buchdruckerei von Adlers Erben, G. m. b. H.

1914.

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät zu Rostock.

Referent: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Müller.

Dermoidcysten im Mediastinum treten verhältnismäßig sehr selten auf. Pflanz (Zeitschrift für Heilkunde 1896, Bd. 17) und Ekehorn (Archiv für klinische Chirurgie 1898, Bd. 56) haben in ihren Arbeiten insgesamt 32 verschiedene Fälle aus der Literatur übersichtlich zusammengestellt.

In der späteren Literatur finden sich noch 6 weitere mediastinale Dermoide, die ich zur Vervollständigung der genannten Arbeiten kurz zitieren will, um dann über einen neuen Fall zu berichten, der in der chirurgischen Universitätsklinik zu Rostock zur Beobachtung kam:

R. Belin: Observation d'un cas rare de Kyste dermoide du mediastin. Pneumectomie partielle. Guérison. (Centralblatt f. Chir. 1900.)

33. Der 22jährige Soldat W. wurde zuerst im Militärhospital von Beauvais wegen einer zum Teil durch die Probepunktion erwiesenen Cyste der Thoraxhöhle behandelt.

Es fand sich rechts in der Gegend der 4. bis 6. Rippe eine der Form dieser Skelettgegend angepaßte

kugelige Geschwulst. Durch Resektion eines Stückes der vierten Rippe wurde dieselbe freigelegt und inzidiert. (5 cm breit.) Inhalt der einen Dermoidcyste: Weder ein Ausgangspunkt noch ein Stiel waren zu eruieren; zudem war die Geschwulst mit der Umgebung — unter anderem Lunge, Herz, Mediastinum — zum Teil fest verwachsen, so daß man von einer radikalen Entfernung absah und durch Jodinjektionen die Höhle zum Schrumpfen zu bringen suchte, was jedoch nicht gelang. 5 Jahre später kam W. in die Behandlung Belins mit einer reichlich stinkenden, Eiter sezernierenden Fistel. Resektion der 2. bis 5. Rippe, Freilegung der Geschwulst, Versuch, nach Verkleinerung durch Beutelnaht und Anfrischung der verschiedenen Partien Schrumpfung herbeizuführen, jedoch ohne Erfolg.

Dabei wurde konstatiert, daß die Fistel Pleuropulmonal war. Erst ein Jahr später gelang es, nach Exstirpation eines atelektatischen rechtsseitigen, 212 Gramm schweren Lungenlappens die Cystenwände so zu mobilisieren, daß sie sich nach außen umstülpen und mit der Umgebung durch eine Reihe von Nähten allseitig vereinigen ließen. Hierdurch völlige Heilung.

34. W. J. Predtetschenski: Dermoidcyste in der Brusthöhle. (Centralblatt f. Chir. 1903.)

Patient 19 Jahre alt, seit 2 Jahren krank. Respirationsbeschwerden, Husten, einmal mit blutigem Auswurf. Brustumfang links 43, rechts 47 cm. Vorn von der 2. bis 4. Rippe totale Dämpfung, fehlender Fre-

mitus. Hinten unten volle Dämpfung. In der Axillarlinie zwischen beiden Dämpfungen Schall heller.

Keine Mikroorganismen im Auswurf, Probepunktion vorn und hinten, ergab dicke eitrige Flüssigkeit mit Fett und Cholestearin. Allgemeinzustand gut.

Diagnose: Inkapsuliertes Empyem. Resektion der 7. Rippe in der vorderen Axillarlinie. Etwa 800 ccm dicker Flüssigkeit mit festen Bröckeln und Haaren wurden entfernt. Nach der Operation stieg die Temperatur. 2 Wochen später Eiter hinten unter dem Schulterblatt. Resektion der 9. Rippe, Dränage der Höhle. Nach und nach dehnte sich die Lunge aus, die Höhle wurde kleiner. Ein aus der Cystenwand entferntes Stück zeigt den Bau der Haut mit Talg- und Schweißdrüsen.

Weiterer Verlauf unbekannt.

35. Madelung-Straßburg i. Els.: Über Total-Exstirpation eines Dermoids des Mediastinum anticum 1903. (Centralblatt f. Chir. 1903.)

Im Juni 1899 wurde ein 12jähriges Mädchen in die Klinik aufgenommen, bei dem seit 6 Jahren Eiterung aus dem Thorax bestand. Es lag kein Grund vor, daran zu zweifeln, daß die vorhandenen Fistelgänge Reste eines typischen Empyems waren. Bei der Operation ging Madelung — Stücke der Rippen ausschneidend — den in den Thoraxraum führenden Fistelgängen nach. Bei der Verfolgung eines an der Vorderseite der Brust nach oben führenden Ganges kam er in der Höhe der 2. Rippe in einen hinter dem

Manubrium sterni gelegenen größeren Hohlraum. In diesem fiel ein eigentümliches zapfenförmiges Gebilde von Form und Größe der Endphalanx des Daumens eines Mannes auf, welches, mit weißglänzender Haut überzogen, von den granulierenden Wänden der Höhle sich abhob. Jetzt wurde klar, daß ein wahrscheinlich bei einem Falle vor 6 Jahren geplatztes Dermoid das Empyem erzeugte und die Ausheilung desselben verhinderte. Unter starkem Anheben des rechten Armes, dem die rechtsseitige Thoraxwand folgte und mittels Vorziehen der linken Brustwand mit Hilfe von in das Sternum eingesetzten Haken wurde es möglich, dem Auge und den Instrumenten Zutritt in das Mediastinum anticum zu verschaffen. Der erwähnte Zapfen und eine gleich große mit ihm zusammenhängende Geschwulstmasse wurde weggenommen. Die Heilung verlief in ungestörter Weise. Die Geschwulst war ein sogenanntes kompliziertes Dermoid.

36. H. B. Shaw and G. E. O. Williams: A case of intrathoracic dermoid cyst. Lancet 1905. (Centralblatt f. Chir. 1905.)

Es handelte sich um eine 26jährige Patientin, deren wichtigstes Krankheitssymptom das Aushusten von Haaren war, das sie schon seit ihrer Kindheit beobachtete. Eine leichte Hervortreibung der Brust rechts neben dem Brustbeine mit absoluter Dämpfung und ausgeprägtem Röntgenschatten kennzeichneten die Lage des Dermoids. Patientin wurde ohne Operation im alten Zustande entlassen.

37. Nordmann: Operierte Dermoidcyste des Mediastinum. (Centralblatt f. Chir. 1906, Heft 1.)

Der 14jährige elende Knabe hatte seit 10 Wochen Stiche in der linken Brustseite.

Befund: Vorwölbung der linken Thoraxvorderfläche, Dämpfung von der Clavicula zur Herzdämpfung, von der Axillarlinie zum rechten Sternalrand; fehlendes Atemgeräusch. Die Punktion ergab eine schokoladenbraune, fettreiche Flüssigkeit ohne Bakterien.

Diagnose: Dermoidcyste. Körte legte sie durch einen großen Schnitt unter Resektion der 2. und 3. Rippe frei und indizierte sie, wobei sich Haare Detritus usw. entleeren.

Der Versuch, die kindskopfgroße Cyste zu exstirpieren, scheiterte an den festen Verwachsungen und starken Blutungen. Die Balken wurden durchtrennt und einige Knollen der Innenfläche abgetragen.

Dränage, Tamponade. Tagelanger Kollaps, der durch Infusionen überwunden wurde. Allmähliche Verkleinerung der Höhle, in der noch mehrfach Knollen mit dem Glühmesser abgetragen wurden. 11 Monate nach der Operation besteht eine gänseeigroße, muldenförmige Wunde, die später durch einen Hautlappen bedeckt werden soll. Die mikroskopischen Präparate zeigen ein bigerminales Dermoid.

38. Goebel und Ossig. (Centralblatt f. Chir. 1911, Heft 51.)

Es handelte sich um ein 22jähriges Mädchen, das am 1. Januar 1911 wegen Schmerzen in der oberen

Brustbeingegend, die nach dem Anprall eines Tennisballes gegen die Brust im Sommer 1910 aufgetreten waren, ihren Hausarzt aufsuchte. Dieser fand über dem oberen Drittel des Sternum eine flache Schwellung von 5 Markstück-Größe. Es wurde am 7. Januar eine „Balggeschwulst“ entfernt, deren Membran am Grunde fest verwachsen war. Die Wunde wurde geschlossen und heilte per primam. Am 18. Januar traten jedoch wieder Beschwerden auf, und am 27. Januar wurden 2 platte „Balggeschwülste“ entfernt. Die Wunde heilte allmählich zu.

Am 5. April traten nach Hinabgleiten an einem Treppengeländer erneut Beschwerden auf. Jetzt bestand eine hühnereigroße, gerötete fluktuierende Schwellung über dem Sternum. Nach Umschlägen entleerte sich nach 2 Tagen eine große Menge hellgelber, dünnflüssiger „kreidige und eitrige Partikelchen“ enthaltender Flüssigkeit. Die Sondierung führte in einen 8 cm langen Gang nach rechts zu.

Mitte April wurde die Patientin an den Chirurgen mit einer eitrigen Fistel am Brustbein in der Nähe des Ansatzes der rechten 2. bis 3. Rippe überwiesen. Am 26. April Operation. Durch einen Schnitt in der unteren Furche wurde die Mamma nach oben geklappt. Darauf wurden Teile der rechten 3. und 4. Rippe und des Brustbeins rings um die Fistel reseziert. Die Fistel wurde erweitert, aus der sich jetzt neben Eiter auch grützeartiger Inhalt und Haare entleerten. Bei Spaltung des Sackes wurde die rechte Pleura eröffnet und gleich darauf bei Sondierung auch die linke. Beide kleinen

Risse wurden sofort genäht, aber die Operation, da der Überdruckapparat nicht zur Hand war, abgebrochen.

Die Fistel sezernierte nun außerordentlich stark, und Patientin drängte zur Radikaloperation, die wegen der stark eitrigen Beschaffenheit des Sekrets möglichst lange hinausgeschoben wurde. Die zweite Operation fand am 20. Juni unter Überdruck (Tiegel'scher Apparat) statt. Freipräparieren des oberen Brustbeins, Resektion eines Stückes der 2. Rippe, weitere Entfernung von Sternalteilen um die Fistelöffnung herum mit der Lüer'schen Zange. Dann allmähliche Freipräparierung des Dermoids, das dem Herzbeutel sehr fest adhärend war, so daß derselbe zweimal genäht werden mußte. Auch die Pleura wurde zweimal eröffnet und gleich genäht. Wie befürchtet, bewirkte die Eröffnung des Perikards eine akute fibrinöse Perikaditis, der Patientin schon nach 26 Stunden erlag. Die Fibringerinnsel des Perikards waren von dichten Staphylokken-Zoogloemassen durchsetzt.

Das Dermoid zeigte, soweit die Untersuchung bis zur Veröffentlichung gediehen war, Epidermis der äußeren Haut mit Talg- und Schweißdrüsen, glatte und an einer Stelle auch Andeutung von quergestreifter Muskulatur, ferner große, den Speicheldrüsen ähnelnde Gebilde, makroskopisch deutliche Kalkplatten.

Unser eigener Fall war folgender:

H., 43 Jahr, lag 1908 wegen einer rechtsseitigen Lungenentzündung 6 Wochen zu Bett. Fieber bestand damals nicht, wohl aber Schüttelfröste. Er hatte

reichlich Auswurf. Ungefähr seit Ostern fiel es ihm auf, daß er schlecht Luft holen konnte. Allmählich ließen auch die Kräfte nach, so daß er seine Arbeit nicht mehr so verrichten konnte, wie früher. Jedoch hat er sie nie unterbrochen.

Daneben klagte er über starken Husten, besonders abends, der allerdings schon den ganzen Winter durch bestanden hatte. Der Auswurf war dickschleimig und sah gelb aus.

Als weitere Beschwerden gab Patient Stechen auf der rechten Brustseite an, das jedesmal nach größeren Anstrengungen auftrat. Das Stechen zog sich von der rechten Brust in die rechte Seite. Anfang August mußte Patient die Arbeit ganz aufgeben. Er suchte jetzt einen Arzt auf, der ihm erklärte, er habe Eiter in der rechten Seite.

Bei der nun vorgenommenen Punktion floß $1^1/_2$ Liter ab. 2 Tage später wurde nochmals punktiert. Diesmal entleerte sich jedoch nur $^1/_4$ Liter Eiter, da sich die Kanüle verstopfte. Nach der Punktion ließ das Stechen nach, auch die Atmung war wieder freier.

Status am 16. August 1910. Mittelgroßer Mann im leidlichen Ernährungszustand und von gesunder Gesichtsfarbe. Gewicht: 114 Pfund. Die Muskulatur ist gut entwickelt. Der Thorax ist symmetrisch und wird bei der Atmung nur wenig gehoben. Die rechte Seite bleibt bei der Atmung etwas zurück. Während sich die Interkostalräume auf der linken Seite deutlich abheben, sind sie rechts verstrichen. Die Perkussion der linken Lunge ergibt normalen Klopfschall.

Auskultatorisch läßt sich überall reines, etwas verschärftes Vesikuläratmen feststellen. Über der rechten Lunge besteht vorn sowohl im Sitzen wie im Liegen eine absolute Dämpfung mit aufgehobenem Atemgeräusch und Pektoralfremitus, die sich von der 2. Rippe nach abwärts erstreckt. Über der rechten Lungenspitze hört man leises Vesikuläratmen, hinten mit etwas verlängertem Exspirium. Über den mittleren Partien dagegen findet sich rechts hinten eine Dämpfung, die von der Spina scapulae handbreit nach abwärts reicht. In diesem Bezirk hört man abgeschwächtes, etwas unreines Atemgeräusch. Über dem Unterlappen besteht annähernd normaler Klopfschall. Man hört hier bei gewöhnlicher Atmung gar kein Atemgeräusch. Erst bei ganz tiefen Atemzügen entsteht ganz plötzlich mitten im Inspirium ein dem Ohr sehr nahe scheinendes, lautes, fauchendes, inspiratorisches Atemgeräusch, das bei gewöhnlicher Atmung sofort wieder verschwindet. Es setzt auch meistens mit einem kurzen, giemenden Geräusch ein und ist zuweilen saccadiert.

Die Herzdämpfungsfigur ist anscheinend nach links verdrängt; der Spitzenstoß findet sich sicht- und fühlbar 4 bis 5 cm außerhalb der Mammillarlinie im 5. und 6. Interkostalraum. Die Herztöne sind leise und rein. Der Puls ist regelmäßig und beträgt 80 Schläge in der Minute. Das Abdomen zeigt keine Besonderheiten.

Es finden sich hinten im 9. und 10. Interkostalraum und vorne seitlich in der Mammillargegend des 5. Interkostalraumes je 2 Punktionsstiche. Patient gibt noch an, daß bei der Punktion hinten

nichts herausgeflossen wäre, sondern nur bei der vorderen.

Am 18. August 1910 wurde nun die Operation in Lokalanästhesie mit Novokain vorgenommen (Dr. Hosemann). Die Anästhesie ist vollkommen. Zunächst wird die 6. Rippe in der vorderen Axillargegend reseziert. Bei der nun folgenden Punktion wird eine anscheinend eitrige, mit merkwürdig käsig-krümlichen Massen vermischte Flüssigkeit aspiriert. Nunmehr erfolgt die Eröffnung des Thorax. Es findet sich eine große Höhle, die ganz mit bröcklichen, käsigen, verfetteten und mit Haaren untermischten Massen angefüllt ist. Es werden $2^1/_2$ Liter dieses Inhalts ausgelöffelt. Die Höhle ist mannskopfgroß und reicht vom Zwergfell bis in die Thoraxkuppel. Unter der medialen Wand, die dem Perikard anliegt, pulsiert deutlich sichtbar das Herz. Die Wand enthält hier eine schräg verlaufende, rippenartige, $^1/_2$ cm breite und etwa 12 cm lange harte Spange (Kalk oder Knochen?), die sich bis auf das Zwergfell erstreckt. An der vorderen Wand der Höhle, die eine epidermisartige Auskleidung hat, findet sich etwas unterhalb und medial von der Brustwarze ein etwa $3^1/_2$ cm langer Epithelzapfen, der in das Innere der Höhle vorspringt und Haare trägt; er wird abgetragen. Die Blutung ist nur gering. Die entleerte und gesäuberte Höhle, die mit der eingeführten Hand ausgetastet wird und jetzt überall eine glatte, zum Teil etwas starre Wand (Kalkeinlagerung?) zeigt, wird mit lockerer Jodoformgaze dräniert. Von der rechten Lunge war

weder etwas zu tasten noch zu sehen. Aseptischer Verband.

Die Untersuchung des exstirpierten Dermoidhöckers im Pathologischen Institut (Dr. Hanser) ergab folgenden histologischen Befund:

Taubeneigroßes, mit mehreren kleinen Fortsätzen und Haaren versehenes, gelbrotes Gewebe. Histologisch ist es von gut erhaltener Epidermis überzogen. In der lockeren aus Binde- und Fettgewebe bestehenden Grundsubstanz liegen zahlreiche stark hyperplastische Talgdrüsen, Haarbälge und Haarbalgcysten, normale und cystisch erweiterte Schweißdrüsen, ferner blutgefüllte, erweiterte Gefäße, stellenweise Haemorhagien. An einem Ende des Präparats liegen außerdem Hohlräume verschiedener Form und Größe, die von flimmertragendem Cylinderepithel ausgekleidet sind. Ferner findet sich Muskelgewebe.

24. VIII. Die Temperatur ist auf 39° angestiegen. Der Tampon wird entfernt und ein dickes Dränrohr eingeführt.

26. VIII. Temperatur fast 40°, die große Höhle wird mit H_2O_2: Lösung gespült, Dränrohr und feuchte Verbände.

29. VIII. Die Temperatur ist zwar bis 37° bis 38° heruntergegangen. Es findet sich jetzt aber Pyocyaneus in den Absonderungen.

3. IX. Die Abendtemperaturen sind immer noch hoch. Pyocyaneus. Spülungen mit essigsaurer Tonerdelösung. Seit dem 30. VIII. täglich zwei mal. Trockene Verbände mit Isoform.

13. IX. Unter dieser Behandlung ist die Temperatur langsam zu normalem Verhalten zurückgekehrt. Das Allgemeinbefinden hat sich gehoben. Die Absonderung aus der rechten Pleurahöhle ist geringer, die Höhle verkleinert sich. Mit dem Spülwasser entleeren sich häufig Kalkplättchen mit anderen bröcklichen Massen zusammen. Der Klopfschall ist hinten vom Schulterblattwinkel abwärts gedämpft. Über den oberen Partien der rechten Pleurahöhle Lungenschall. Vorn oberhalb der Wunde bis zur 2. Rippe aufwärts heller tympanitischer Schall.

2. X. Die Temperatur ist bis auf eine vorübergehende Steigerung auf 39,4° regelrecht geblieben. Das Körpergewicht hat zugenommen, die Höhle hat sich sehr verkleinert. Tympanitischer Schall nur noch in einem ca. handgroßen Bereich oberhalb der Wunde. In die Höhle laufen bei linker Seitenlage 250 ccm Spülflüssigkeit ein. Da die Absonderung nur noch gering ist, wird das Dränrohr weggelassen.

20. X. Die Höhle hat sich sehr verkleinert. Sie stellt jetzt nur noch einen schmalen, 15 cm langen Gang dar, der an seiner Wand zahlreiche Kalkplatten trägt; von diesen werden hin und wieder einige abgestoßen. Die Eiterung ist wieder stärker.

26. X. Neigung zur Retention. Der Gang hat eine engere Stelle. Er wird deshalb mit der Kornzange erweitert und ein Dränrohr eingeführt.

5. XI. Da das Allgemeinbefinden des Patienten gut ist, wird er auf drei Tage beurlaubt.

25. XI. Bei normaler Temperatur ist die Eiterung immer noch stark. Die Höhle ist jetzt nur noch schmal, aber tief (15—16 cm). Es entleeren sich mit dem Eiter noch häufig kleine Kalkplatten. Weitere Gewichtszunahme.

9. XII. Neigung zur Retention. Die Höhle muß künstlich offen gehalten werden. Es wird deshalb zeitweise ein Dränrohr eingeführt.

21. XII. Die Höhle hat sich weiter verkleinert. Es besteht nur noch ein schmaler, ca. 14 cm langer Gang, der für die Kornzange gerade durchgängig ist. Einlagerungen von Kalkplatten in der Wand. Die Eiterung ist geringer, jedoch ist noch Pyocyaneus vorhanden. Das Allgemeinbefinden ist gut. Gewicht: 116 Pfund. Patient wird deshalb aus dem Krankenhause entlassen.

Nachuntersuchung am 16. Juni 1914 (fast 4 Jahre nach der Operation).

Patient will in der Zwischenzeit stets gesund gewesen sein. Seit Ostern 1911 arbeitet er wieder; er kann jedoch nur leichte Arbeit verrichten. Das Luftholen, das sonst gut geht, will ihm bei abnehmendem Mond schwerer fallen. Die Wunde hat sich niemals ganz geschlossen und sondert immer noch Eiter ab, so daß er sich täglich verbinden lassen muß. Im übrigen sind der Appetit, Schlaf, wie überhaupt das Allgemeinbefinden gut.

Befund: Gesundes Aussehen. Die Muskulatur ist gut; die Hände sind schwielig. Gewicht: 116 Pfund. Die rechte Thoraxhälfte ist stark geschrumpft, es be-

steht eine Skoliose der Brustwirbelsäule mit der Konvexität nach links; ferner relative Lordose der oberen Hälfte und Kyphose der unteren Hälfte der Brustwirbelsäule. Die linke Schulter steht höher. Die linke Thoraxhälfte atmet mehr als die rechte, bei welcher die inspiratorische Erweiterung in der oberen Hälfte deutlicher sichtbar ist, als in der unteren. Der halbe Thoraxumfang ist über der dritten Rippe beiderseits gleich, während er in der Höhe des Processus ensiformis rechts 3 cm weniger als links beträgt.

Auf der 6. Rippe ist eine 14 cm lange Narbe, die in der Mitte trichterförmig tief eingezogen ist. In die Spitze des Trichters mündet eine Fistel, aus der sich ziemlich reichlich Eiter entleert. Beim Husten flacht sich der Trichter ab.

Bis zur 4. Rippe hinab besteht vorn und hinten guter Lungenschall, abwärts davon Dämpfung. Über den oberen Partien der rechten Lunge gutes Vesikuläratmen, wenig schwächer als links. Über den unteren Partien sehr leises Atmen, das entfernt klingt. Ganz unten inspiratorisches Rasseln und Knacken. Der Pektoralfremitus ist beiderseits gleich.

Der Urinbefund ist normal.

Im Röntgenbild sieht man einen diffusen Schatten über den mittleren Partien der rechten Lunge mit verwaschenen Grenzen. Darunter — über dem stark nach oben verzogenen Zwerchfell — besteht eine Höhle, die der lateralen Thoraxwand angrenzt. Die oberen Lungenpartien sind frei. Die linke Lunge ist normal mit starkem Hilusschatten.

Es handelt sich also um ein großes, 2½ Liter fassendes Dermoid der rechten Pleurahöhle, das die rechte Lunge total komprimiert hat und physikalisch den Befund eines großen Empyems bot, wie es auch in den anderen Fällen häufig vorgetäuscht wurde. Die auswärts vorgenommenen Probepunktionen schienen die Diagnose zu sichern, indem angeblich sich reichlich Eiter entleert haben sollte. Erst die Operation zeigte den wahren Sachverhalt.

Gelegentlich sind solche Dermoide der Brusthöhle dadurch diagnostiziert worden, daß sich nach Perforation in einen Bronchus in dem reichlichen Auswurf Haare fanden. In anderen Fällen kann das Röntgenbild entscheidend sein, doch muß man dabei z. B. an die Möglichkeit der Verwechselung mit einem Echinokokkus denken. Wie bei diesen ist die Entwickelung der Cyste eine sehr langsame, und die klinischen Erscheinungen pflegen jahrelang nur gering zu sein. So sind denn auch die meisten mediastinalen Dermoide erst im Alter von 20—30 Jahren zur Beobachtung gekommen, doch war anamnestisch meist festzustellen, daß der Beginn der Erkrankung schon Jahre zurücklag. Nur im Fall 35 und 37 handelte es sich um 12- und 14jährige Kinder. Bei dem ersteren (Fall 35) Madelung bestand schon seit dem 6. Lebensjahr eine eiternde Fistel in der Thoraxwand.

Die große Mehrzahl der beobachteten intrathorakalen Dermoide sind erst auf dem Sektionstisch gefunden worden. Operiert sind von den aufgeführten 39 Fällen außer unserem Fall nur 12; von der

32 Fällen, die Pflanz und Ekehorn bis 1898 zusammengestellt hatten, nur 7. Die erste Operation dieser Art scheint Pöhn im Jahre 1871 ausgeführt zu haben, eine einfache Inzision (Pflanz, Fall 10). Meist (5mal) ist die Resektion einer oder mehrerer Rippen vorgenommen und die inzidierte und ausgeräumte Höhle dräniert worden, eventuell nach Exzision prominenter Dermoidhöcker, Balken usw. Nur Madelungs Fall (35) scheint danach glatt geheilt zu sein.

In der Regel war eine dauernd eiternde Fistel die Folge, wie auch in unserem Falle. Belin gelang es, solche Fistel endlich nach Rippenresektionen und Exstirpation eines atelektatischen, 212 gr schweren Lungenlappens zur Ausheilung zu bringen (Fall 33).

Die ideale Operation, die radikale Exstirpation des ganzen Dermoids, die sicherlich nur bei kleinen Cysten möglich ist, glückte Bastianelli 1893 (Pflanz, Fall 23) bei einem nußgroßen Dermoid nach Resektion des Manubrium sterni. Bei der Lösung wurde eine große Vene verletzt, die gleich wieder genäht wurde. Dauerheilung.

Die größeren Dermoidcysten und Teratome pflegen derartig fest mit den umgebenden Organen verwachsen zu sein, z. B. mit Perikard, Pleura, großen Gefäßen, daß ihre Lösung mit großen Schwierigkeiten verknüpft oder überhaupt unmöglich ist. So wurden im Falle 38 bei dem Versuch der Exstirpation die Pleurahöhle und das Perikard je zweimal eröffnet. Eine danach auftretende fribrinöse Perikarditis führte rasch zum Tode.

Über das spätere Schicksal der übrigen Fälle, die eine Dauerfistel davontrugen, ist fast nichts bekannt. Nur in dem Fall von Körte-Nordmann wird bei der Demonstration nach 11 Monaten die Absicht geäußert, die muldenförmige Wunde durch einen Hautlappen zu decken.

Auch in unserem Falle besteht der Plan, die Fistel, welche nach dem Röntgenbild in eine größere starrwandige Höhle führt, durch Thorakoplastik zu schließen, da die chronische Eiterung, die nun fast 4 Jahre anhält, gewiß nicht ohne Gefahr für den Patienten ist (Amyloid).

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Geheimrat Professor Dr. Müller für seine liebenswürdige Unterstützung und für Überlassung des Materials dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Literatur.

1. Centralblatt für Chirurgie.
2. Zeitschrift für Heilkunde, Bd. 17.
3. Archiv für klinische Chirurgie, Bd. 56.

Lebenslauf.

Geboren wurde ich, Johann August Wilhelm Zeh, zu Hanau am 7. Juli 1885 als Sohn des praktischen Arztes Dr. Carl Zeh. Ich bin evangelischer Konfession. Meine Schulbildung erhielt ich auf dem Gymnasium zu Hanau, Dillenburg, Hersfeld und Höchst a. M. und verließ letztere Anstalt Herbst 1906 mit dem Reifezeugnis, um mich dem Studium der Medizin zu widmen. Ich studierte vom W.-S. 1906 bis W.-S. 1907 in Bonn, ging dann nach Rostock, wo ich Herbst 1909 die ärztliche Vorprüfung bestand. Dann hielt ich mich je ein Semester in Marburg und München auf. W.-S. 1910 kehrte ich nach Rostock zurück, wo ich am 2. Oktober 1913 die ärztliche Staatsprüfung bestand. Vom 15. Oktober 1913 bis 1. Juni 1914 war ich als Praktikant an der chirurgischen Universitätsklinik zu Rostock tätig.

Wilhelm Zeh.